

CARACTERIZACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS (PLANEACIÓN, CONTROL INHIBITORIO Y FLEXIBILIDAD MENTAL) Y REPRESENTACIONES SOCIALES DE SUICIDIO EN PERSONAS CON HISTORIA DE INTENTO DE SUICIDIO

CHARACTERIZATION OF EXECUTIVE FUNCTIONS (PLANNING, INHIBITORY CONTROL AND MENTAL FLEXIBILITY) AND SOCIAL REPRESENTATIONS OF SUICIDE IN PEOPLE WITH A HISTORY OF SUICIDE ATTEMPTS

Nathalia Rodríguez Suárez*

Resumen

El objetivo del presente estudio fue caracterizar las funciones ejecutivas: control inhibitorio, planeación secuencial y flexibilidad mental; así como elaborar una interpretación comprensiva de las representaciones sociales de suicidio de las personas con historia de intento suicida. La metodología del estudio fue de enfoque mixto o multimétodo con enfoque cuantitativo dominante. La muestra de estudio estuvo formada por cuatro pacientes con previo ingreso al servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por diagnóstico de intento de suicidio, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2007 hasta el 30 de junio de 2009. La información se recolectó por medio de los siguientes instrumentos: historia clínica psicológica, escala de riesgo suicida de Plutchik (1994); cuestionario de agresión de Buss y Perry, versión Española 2002; escala de impulsividad funcional/disfuncional de Dickman, versión española 2003; inventario de personalidad Minimult; Torre de Hanoi Sevilla, Test de colores STROOP 3.^{ra} edición 2001; Test de clasificación de tarjetas Wisconsin, versión larga, 128 cartas, 2.^{da} edición 2001; y Red de Asociaciones Annamaria Silvana de Rosa (1996). En los resultados se evidenció al intento de suicidio no como resultado de una falla en el control de impulsos, sino como consecuencia de inadecuadas estrategias para la solución de problemas.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, funciones ejecutivas, representaciones sociales.

Abstract

This study aims to characterize the executive function: inhibitory control, sequential planning, mental flexibility and social representations of suicide. This was a mixed-method research with a dominant quantitative approach. People who took part in the study were patients admitted to the emergency room at University Hospital Moncaleano Hernando Perdomo for attempted suicide from 1st January 2007 to 30th June 2009. Data was collected through a number of instruments: psychological clinical history, suicide risk scale of Plutchik (1994); Buss and Perry's aggression questionnaire, Spanish version 2002; impulsivity functional / dysfunctional scale of Dickman, Spanish version 2003; Minimult personality inventory; Tower of Hanoi Seville, Stroop Color Test 3rd edition 2001; Wisconsin Card Sorting Test, long version 2nd edition 2001; and Network Association proposed by Annamaria Silvana De Rosa (1996). The findings demonstrated

Artículo recibido: 15/12/2009 Aprobado: 09/08/2010

* Psicóloga. Joven investigadora COLCIENCIAS, 2009-2011. E-mail: nathis_rosus@hotmail.com

that a suicide attempt is not due to a fault in the control of impulses, but it can be the result of inadequate strategies to solve problems.

Key words: suicide, suicide attempt, executive functions, social representations.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define el *acto suicida* como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y conocimiento o no de los verdaderos motivos; y el *suicidio* como la muerte que resulta de un acto suicida.

Este tipo de comportamiento se ha convertido desde hace décadas en un problema de salud que afecta a una parte importante de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) reporta 3.000 suicidios diarios (aproximadamente dos personas por minuto), y establece una relación de 20:1 entre intentos de suicidio y suicidios consumados, es decir, por cada persona que comete suicidio, 20 o más han intentado suicidarse.

En Colombia el Estudio Nacional de Salud Mental (Ministerio de Protección Social, 2003) refiere que 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse en su vida (según la población nacional serían más de 2 millones y medio de personas). El panorama regional no es menos desalentador. Según el consolidado de la Secretaría de Salud Departamental 2007, los casos de intento de suicidio en el Huila fueron en total 489, de los cuales 139 pertenecen a Neiva, cifra que aumentó para el 2008 a 175 casos de intentos de suicidio (36 casos más que en el año anterior) (Alcaldía Municipal y Secretaría de Salud Departamental, 2009).

Como problema de salud con creciente impacto social, el suicidio y las conductas relacionadas con el mismo han atraído el interés de la comunidad científica desde enfoques cualitativos y cuantitativos. Las acciones abarcan la investigación de estos problemas desde las perspectivas social, psicológica y biológica; y pretenden profundizar los conocimientos de los mecanismos que subyacen a la conducta suicida (P. Paredes, Orbegos, & Rosales, 2006; Morales, 2001; Campo & otros, 2003; Botero-Salazar & Tovar-Chala, 2007; Ortiz-Perdomo & Mayoral-Ramírez, 2002; Juárez-Rojop & otros, 2005; Marzuk, Hartwell, León & Portera, 2005; Keilp & otros, 2001).

Uno de los productos de dichas investigaciones son las teorías explicativas del comportamiento suicida. El presente trabajo se soporta en dos de dichos postulados: el presentado por Susan Blumenthal (1990) acerca de los cinco dominios sobrepuestos (cinco factores de riesgo); y el segundo formulado por Oquendo, & otros (2004) denominado modelo de estrés-diátesis, tomado éste último como ampliación del primero.

Blumenthal sostiene que a lo largo de la vida el ser humano se mueve dentro y fuera de crisis suicidas, lo cual está en relación con la pérdida de la homeostasis entre los denominados factores protectores y factores de riesgo. Los factores de riesgo propuestos por Blumenthal son los siguientes: a) medio ambiente psicosocial (presencia de eventos vitales, factores del ambiente y enfermedad médica), b) vulnerabilidad biológica, c) desórdenes mentales, d) rasgos de personalidad y e) genética e historia familiar.

Los factores protectores propuestos por Blumenthal son dos. El primero de ellos es la *accesibilidad a la atención clínica e intervención social*, explicando con ello cómo las personas que están en las etapas evolutivas de niñez, adolescencia y vejez experimentan ciertas barreras al momento de acceder a estos servicios clínico-sociales (pérdida de vínculos afectivos importantes, alta aprobación social del suicidio en la juventud y la vejez, identificación de los jóvenes con personajes como "héroes" o "famosos" con comportamiento suicida, enfermedades propias del envejecimiento) (Blumenthal, 1990). El segundo factor protector hace referencia a la *esperanza*, teniendo en cuenta que la ausencia de la misma, es decir la desesperanza, puede identificar más del 91% de los futuros suicidios consumados.

La segunda teoría propuesta por Oquendo y colaboradores toma el modelo de estrés-diátesis (citada en Colimón, Téllez-Vargas & Cisneros, 2006; Mann, 2005; Téllez-Vargas, 2006) para explicar el factor de riesgo *vulnerabilidad biológica*, formulado por Blumenthal. Este postulado argumenta que los factores precipitantes (como pérdidas afectivas y/o financieras, enfermedad depresiva, entre otros), no son suficientes para explicar la presencia

de conductas suicidas, existiendo en la persona que presenta las mismas una vulnerabilidad biológica o *diátesis* que la predispone al pesimismo y la desesperanza, acompañado lo anterior de agresividad e impulsividad.

Desde los planteamientos de la teoría de las funciones ejecutivas, una falla en las mismas se ha relacionado con presencia de agresividad e impulsividad, lo que explica al comportamiento suicida como un acto impulsivo y agresivo. Esto sugiere que una de las diferencias entre aquellas personas que presentan comportamiento suicida y quienes no los presentan, aun cuando tengan factores de riesgo similares, es el control inhibitorio de ese acto impulsivo y agresivo; recordando con esto que las funciones ejecutivas fueron definidas desde Luria (1974) como las responsables de la "*programación, regulación y verificación*" del comportamiento.

Teniendo en cuenta que el presente estudio acompañó los postulados de las funciones ejecutivas con la teoría de las representaciones sociales, se hace necesario hacer referencia al desarrollo de las primeras para pasar a las segundas.

Hablar sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas implica recordar a Vygotsky, quien explica la generación de las mismas en las acciones producidas por el sujeto en el medio sociocultural desde su infancia, de manera interpersonal. Estas acciones se internalizan y pasan al plano intrapersonal, lo cual se ha definido como *internalización de las acciones* (Ardilla & Ostrosky-Solís, 2008; Vygotsky, 1964), y se traduce en la formación de las funciones mentales superiores o funciones ejecutivas. Este proceso tiene lugar gracias a diferentes mediadores, entre los cuales resalta el papel del lenguaje y el habla (Vygotsky, 1964).

Lo anterior destaca el rol que juega la experiencia socio-cultural en el sujeto para el desarrollo de las funciones ejecutivas. Esa misma experiencia socio-cultural, además de edificar las funciones ejecutivas, genera en el ser humano un sistema de *valores, ideas y prácticas* que le ayudan a orientarse en el mundo que le rodea y a comunicarse con los otros (Castorina, 2003); haciendo alusión en esta ocasión a las representaciones sociales.

No se conoce un proceso ontogenético de las representaciones sociales en el ser humano equiparable al descrito para las funciones ejecutivas, pero se sabe que las mismas, además de surgir de esa experiencia del sujeto con el mundo, necesitan de un mediador o canal de

comunicación para construirse y expresarse, por tal razón en ellas también se resalta el rol del lenguaje (al igual que las funciones ejecutivas). Moscovici afirma que "*...la representación se genera en este proceso de comunicación y luego, por supuesto, se expresa a través del lenguaje*" (citada en Umaña, 2002:33).

La formación de las representaciones sociales es semejante al desarrollo de las funciones ejecutivas propuesto por Vygotsky. Moscovici plantea dos procesos que muestran cómo aquello que está fuera del sujeto se internaliza y empieza a ser parte del mismo, esos procesos son la objetivación y el anclaje (hacer lo abstracto o desconocido, concreto o conocido; y fijarlo a lo ya conocido) (Umaña, 2002; Borgucci, 2005; Domínguez-Rubio, 2001; Mora, 2002).

Tanto las funciones ejecutivas como las representaciones sociales le permiten al ser humano resolver problemas que le presenta su cotidianidad, las funciones ejecutivas más hacia el proceso interno y las representaciones sociales dirigidas más hacia lo social, lo que las hace complementarias la una de la otra; pero las dos con componentes sociales-externos e individuales-internos.

Aunado a lo anterior, el conocimiento de las representaciones sociales de suicidio permite develar el significado que tiene para la persona dicho fenómeno. Es decir, es cierto que se establecen normas y guías de manejo o pasos a seguir para el tratamiento de fenómenos como el suicidio, pero las mismas deben ser aterrizadas en la particularidad cultural en la cual se encuentre el sujeto (Colucci, 2006). Es por ello que resulta importante no solo conocer la definición del comportamiento suicida y/o el estado de las funciones ejecutivas de las personas con historia de intento de suicidio, sino el significado que tiene el mismo (el suicidio) para las personas que presentan dicho comportamiento (Colucci, 2006).

Ese significado, teniendo en cuenta que se construye a través del sistema de ideas, valores y prácticas que posea el sujeto acerca de determinado fenómeno, puede conocerse a través de las representaciones sociales que el sujeto tenga acerca del fenómeno.

Metodología

El estudio se desarrolló bajo el enfoque *mixto* o *multimétodo* con enfoque *cuantitativo dominante*. Dicho enfoque dominante del estudio fue de tipo *no experimen-*

tal transversal descriptivo, el cual involucra la recolección y descripción de información en un solo momento. El apoyo en técnicas cualitativas se cobijó bajo los supuestos del diseño *interpretativo-hermenéutico*, el cual permite el conocimiento de la realidad del individuo por medio del análisis de un texto (Sandoval-Casilimas, 2002), y plantea la dinámica del círculo hermenéutico, donde describe al sujeto narrador del texto y el sujeto actor del texto como dos personas diferentes siendo la misma persona (el narrador se ve así mismo desde fuera y relata su pasado, ya no con la misma percepción del tiempo narrado, sino con su percepción actual).

Instrumentos

Teniendo en cuenta el diseño de la investigación, para la recolección de la información se utilizaron técnicas e instrumentos cuantitativos y cualitativos. Entre los instrumentos cuantitativos se contó con el llenado de una historia clínica psicológica para la recolección de datos sociodemográficos y datos respectivos a la presencia o ausencia de comportamiento suicida, así como de factores de riesgo y factores protectores, y personalidad premórbida; basada la misma en el formato de Historia Clínica propuesto por el libro *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual* (Reynosos-Erazo & Seligson-Nisenbaum, 2005).

Para la información respectiva al comportamiento suicida se aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) (Bobes-García y otros, 2003). Esta escala autoaplicada evalúa el riesgo suicida, permitiendo diferenciar los sujetos con tentativas de suicidio o que las han tenido en el pasado, de los que no tienen dicho antecedente. Está formada por quince preguntas de respuesta dicotómica tipo sí-no. Agrega, entre otros aspectos, preguntas relacionadas con tentativas previas, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza.

En cuanto a la información correspondiente a la teoría de estrés diátesis se contó con los siguientes instrumentos. Para evaluar la agresión se utilizó el cuestionario de agresión de Buss y Perry versión Española 2002. Este instrumento de tipo lápiz y papel tiene como finalidad medir de manera específica la agresión física y verbal, así como dos emociones relacionadas con la agresión: la ira y la hostilidad. Está formada por veintinueve ítems en escala tipo Likert.

La impulsividad se evaluó por medio de la escala de impulsividad funcional/disfuncional de Dickman, versión española 2003. Es una escala compuesta por veintitrés ítems dicotómicos de tipo verdadero-falso. De los veintitrés reactivos doce evalúan la impulsividad disfuncional y once la impulsividad funcional.

La vulnerabilidad al estrés se evaluó por medio de la escala propuesta por L. H. Miller y A. D. Smith del Centro Médico de la Universidad de Boston, el cual valora el grado de vulnerabilidad al estrés e identifica los aspectos vinculados con el estilo de vida del sujeto y el apoyo social que pueden estar incidiendo en dicha vulnerabilidad. Consta de veinte ítems con una puntuación de 1 (siempre) a 5 (nunca), según frecuencia en que el sujeto realice la acción descrita en los reactivos. El test toca los siguientes aspectos: estilo de vida, apoyo social, exposición de sentimientos, valores y creencias y bienestar físico.

Los rasgos de personalidad se evaluaron por medio del Inventario de personalidad MINIMULT y la historia clínica ya descrita. El MINIMULT es la forma abreviada del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI por sus siglas en inglés), el cual consta de setenta y un reactivos pertenecientes a once escalas, ocho clínicas y tres de validez.

Para evaluar las funciones ejecutivas se utilizaron tres pruebas. La primera de ellas corresponde a la Torre de Hanoi Sevilla, la cual evalúa la capacidad de planeación del funcionamiento ejecutivo (capacidad para iniciar y planificar la actividad, dirigir en orden apropiado sus metas para llegar al objetivo final) (León-Carrión & Barroso, 2001; Ardila & Roselli, 2007), donde partiendo de una situación inicial de cuatro discos de diferente tamaño incrustados en una de tres varas, se dan al sujeto dos reglas para llegar a la situación final, en la cual debe pasar los cuatro discos a la vara final usando la vara del medio como apoyo para los movimientos. El sujeto recibe instrucciones en las cuales solo puede mover un disco a la vez en el orden encontrado y no puede poner un disco grande sobre uno pequeño.

El siguiente test utilizado para evaluar las funciones ejecutivas corresponde al Test de colores STROOP, 3.^{ra} edición, 2001 (Golden, 2001), uno de los métodos más utilizados y más recomendados para evaluar la función inhibitoria del funcionamiento ejecutivo (Ardila & Roselli, 2007). Este test consta de tres hojas de palabras y colores, donde se solicita al sujeto leer lo más rápido posible

las palabras (hoja 1), los colores (hoja 2) e ignorar lo que dice la palabra nombrando el color en el cual está escrita (hoja 3).

El último test aplicado para evaluar las funciones ejecutivas corresponde al Test de clasificación de tarjetas Wisconsin, en su versión larga de 128 cartas (2.^{da} edición, 2001). Este test evalúa el funcionamiento ejecutivo (Heaton y otros, 2001), especialmente la capacidad para formar conceptos, la flexibilidad conceptual y la capacidad de atención mantenida (Ardila & Roselli, 2007). La prueba requiere que el sujeto asocie a cuatro tarjetas estímulo dos bloques de sesenta y cuatro tarjetas respuesta, teniendo en cuenta solamente la retroalimentación positiva o negativa del evaluador, quien cambia el patrón de clasificación en determinadas condiciones.

En cuanto a las herramientas cualitativas se utilizó la Red de Asociaciones propuesta por Annamaria Silvana de Rosa (*réseau d'associations*) (Rosa, 1996). Este es un instrumento abierto-no estructurado, que tiene como base las técnicas de tablas inductoras y la asociación libre (Pfeuti, 1996). La Red de Asociaciones o Red Asociativa se aplica fácil y rápidamente a los sujetos a partir de una hoja en blanco que posee un estímulo proyectivo en el centro, el cual permite revelar las palabras asociadas y la carga afectiva otorgada por el sujeto a las mismas. Para la presente investigación el inductor utilizado fue *suicidio*, por medio del cual los participantes asociaron seis palabras.

Criterios de inclusión y exclusión de la población

Los siguientes fueron los criterios que se tuvieron en cuenta para aceptar o rechazar la participación de los sujetos en la investigación:

Criterios de inclusión

- I. Participación voluntaria.
- II. Tener historia de ingreso al servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por diagnóstico de tentativa de suicidio entre el periodo de enero de 2007 a junio de 2009.
- III. Saber leer y escribir.

- IV. Tener entre 18 y 60 años.
- V. Con residencia en el perímetro urbano de la ciudad de Neiva.

Criterios de exclusión¹

- I. Tener procesos de enfermedad crónica.
- II. Tener enfermedades degenerativas del SNC.
- III. Ser dependiente de sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, marihuana, éxtasis, bazuco, etc.).
- IV. Tener algún tipo de discapacidad (física, mental o sensorial).
- V. Vivir fuera del perímetro urbano de la ciudad de Neiva.

El proceso seguido en la presente investigación involucró el siguiente orden: a) revisión de libros de ingreso de urgencias, fichas epidemiológicas e historias clínicas de sujetos con ingreso por diagnóstico de *intento de suicidio* en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; b) contacto con la población; c) firma del consentimiento informado conociendo el desarrollo de la investigación y el papel del sujeto en la misma; d) recolección de la información por medio de los instrumentos propuestos.

Instrumentos para recolectar información sociodemográfica y variables relacionadas con el comportamiento suicida

- I. Historia clínica.
- II. Aplicación de la Escala de Riesgo suicida de Plutchik.
- III. Aplicación del cuestionario de Agresión de Buss y Perry.
- IV. Aplicación de la escala de Impulsividad funcional/difuncional de Dickman.
- V. Aplicación de la escala de Vulnerabilidad al Estrés.

1 Los criterios de exclusión se proponen teniendo en cuenta que las personas con vivencias de este tipo presentan, por dicha condición, presencia de comportamiento suicida, razón por la cual contaminaría la muestra elegida puesto que el objetivo del presente estudio es observar la población con historia de intento de suicidio en ausencia de dichos estresores.

- VI. Aplicación del inventario de personalidad MINIMULT.

Instrumentos para recolección de información respectiva a las Funciones Ejecutivas (planeación, control inhibitorio y flexibilidad mental)

- I. Aplicación del Test Torre de Hanoi Sevilla.
- II. Aplicación del Test de Colores STROOP.
- III. Aplicación del Test de Clasificación de Tarjetas WISCONSIN.

Instrumento para la recolección de información respectiva a las Representaciones Sociales de Suicidio

- I. Aplicación de la Red Asociativa propuesta por Annamaría Silvana De Rosa

La aplicación de los diez instrumentos en los sujetos se realizó de dos a tres sesiones, cada una con duración aproximada de una hora, las mismas en un tiempo no mayor a una semana para el total de las sesiones en cada sujeto.

Resultados

El proceso de revisión de los libros de urgencias, fichas epidemiológicas e historias clínicas desde el 1 de enero de 2007 al 30 de junio de 2009, se tradujo en una muestra de 228 sujetos, de los cuales sólo participó el 2%, por las razones que se exponen a continuación.

De los 228 casos detectados, el 6% (14) presentó inconvenientes relacionados con las historias clínicas esto es, diez de ellas no fueron encontradas en la unidad de archivo del hospital y las cuatro restantes se encontraron en pésimas condiciones.

El 14% de los 228 casos estaba fuera del rango de edad establecido para el estudio (25 casos respectivos a menores de 18 años y 7 casos de sujetos mayores de 60), y 23% (53 casos) se encontraban fuera del perímetro urbano de Neiva. Un importante porcentaje equivalente a 90 casos de los 228 encontrados (39%) no pudo contactarse por inconvenientes en los datos registrados

en las historias clínicas (cambio de casa, números equivocados, teléfonos fuera de servicio, números de teléfono o celular no abonados, o ausencia de datos para comunicarse con el paciente); el 15% (35 casos) presentaron inconvenientes respectivos a las características propias de los sujetos como presencia de enfermedades crónicas o psiquiátricas, o negativas al momento de participar en la investigación por temor a ser juzgados; 6% de los casos (14 casos) tenían historias clínicas en mal estado (incompletas o ausentes); esto dejó un total de cuatro sujetos, los cuales se encuentran en rango de edad de 21 a 40 años, con bajo nivel de escolaridad y de estrato socioeconómico 1 y 2.

La información encontrada en dichos sujetos fue la siguiente. En los cuatro sujetos existe ausencia de planes, deseos e ideas suicidas actuales (sin olvidar la previa historia de la tentativa de suicidio); pero los cuatro exhibieron en su rutina diaria presencia de conductas parasuicidas como hábitos alimenticios no saludables, consumo inadecuado de alcohol o actividad laboral excesiva.

Para los factores de riesgo propuestos por Blumenthal se encontró lo siguiente. Los cuatro sujetos presentan el factor de riesgo *medio ambiente psicosocial*, haciendo hincapié en la aparición de situaciones generadoras de estrés en la infancia como ausencia de la figura paterna, problemas familiares por drogodependencia, violencia intrafamiliar, experiencias de terrorismo y/o castigos físicos y/o psicológicos severos.

La muestra también manifestó el factor de riesgo *historia familiar y genética*, con presencia de enfermedades en sus padres como úlcera gástrica, problemas cardiovasculares y con ellos hipertensión arterial; las cuales están relacionadas con estrés y el patrón de conducta tipo A.

No se encontró presencia del factor de riesgo *desórdenes mentales*, pues ningún sujeto de la muestra cuenta con antecedentes psiquiátricos. El factor de riesgo *rasgos de personalidad* también está presente en los cuatro sujetos, los cuales mostraron en común gran cantidad de energía y labilidad emocional con presencia de sentimientos depresivos, sensaciones de soledad y/o rechazo; aunado a necesidad de ajuste o aceptación social con manifestación de relaciones interpersonales inadecuadas.

La información respectiva al factor de riesgo *vulnerabilidad biológica* se recolectó teniendo en cuenta lo planteado

en la teoría de estrés-diátesis. Describiendo esta, se encontró que tres de los sujetos de la muestra son vulnerables al estrés; el sujeto restante, aunque no es vulnerable, posee conductas que pueden llevarlo a dicho estado.

En cuanto a la vulnerabilidad o diátesis observada desde la presencia de agresividad e impulsividad, se contó con la siguiente información (ver tabla 1). Para la agresión, el total de los sujetos exhibió presencia de conductas agresivas, con puntuaciones importantes en lo que respecta a la agresión física y verbal en el cuestionario de agresión aplicado. La información relacionada con la impulsividad mostró en el total de los sujetos presencia de dicho comportamiento, acompañado de puntuaciones importantes en el total de la escala de impulsividad aplicada.

Pasando de los factores de riesgo a los factores protectores, se encontró lo siguiente. Para el factor protector *accesibilidad a la atención clínica e intervención social*, nin-

gún sujeto exhibió fácil acceso a los servicios de salud, y aunque algunos cuentan con redes sociales amplias o personas de confianza, no contaron a otros sus ideas y deseos suicidas. Para el factor protector *esperanza*, solo un sujeto expresó sentirse esperanzado, los restantes mostraron respuestas incongruentes o ausencia de las mismas.

Los datos arrojados por la aplicación de los test que evalúan las funciones ejecutivas evidenciaron en un solo sujeto puntajes bajos en la prueba de STROOP, aunque el puntaje de interferencia obtenido no expresó fallas en el control inhibitorio. Dos sujetos exhibieron en sus puntuaciones del test de la torre de Hanoi inconvenientes en los procesos de planeación. Solo un sujeto no mostró evidencia de deterioro en la función de flexibilidad mental, aunque dichos puntajes obtenidos se acercan al límite de deterioro. En el test de WISCONSIN, aunado a lo anterior, se observó que ningún sujeto logró completar dos o más categorías.

Tabla 1. Resultados de las escalas y tests aplicados a los sujetos de investigación

| | | | | | |
|--|---------------------------|-----|----|----|-----|
| Plutchik | | 3 | 5 | 4 | 2 |
| Agresión | | 113 | 91 | 66 | 124 |
| Subescalas | Agresión física | 19 | 18 | 13 | 21 |
| | Agresión verbal | 20 | 17 | 13 | 22 |
| | Ira | 26 | 20 | 15 | 28 |
| | Hostilidad | 30 | 22 | 18 | 33 |
| Impulsividad | | 69 | 74 | 60 | 65 |
| Subescalas | Impulsividad funcional | 34 | 35 | 29 | 36 |
| | Impulsividad disfuncional | 35 | 39 | 31 | 29 |
| Estrés | | 38 | 34 | 25 | 53 |
| Subescalas | Apoyo social | 15 | 16 | 8 | 17 |
| | Bienestar físico | 1 | 2 | 4 | 5 |
| | Estilo de vida | 34 | 33 | 27 | 38 |
| | Expo sentimientos | 6 | 2 | 4 | 8 |
| | Valores y creencias | 2 | 1 | 2 | 5 |
| MINIMULT (puntuaciones corregidas con K) | L | 70 | 74 | 41 | 63 |
| | F | 55 | 84 | 66 | 74 |
| | K | 53 | 55 | 51 | 51 |
| | HS | 54 | 72 | 58 | 57 |
| | D | 53 | 75 | 71 | 58 |
| | HI | 55 | 77 | 63 | 56 |
| | DP | 62 | 75 | 62 | 49 |
| | PA | 55 | 57 | 73 | 49 |
| | PT | 48 | 71 | 70 | 54 |
| | ES | 27 | 58 | 60 | 26 |
| MA | 83 | 103 | 93 | 89 | |

En lo que respecta a las representaciones sociales de suicidio, las mismas están guiadas en los sujetos por el *motivo que genera el intento de suicidio*, acompañado este con *juicios de valor egodistónicos* que realiza el sujeto, tanto de sí mismo, como del grupo social y del suicidio como tal.

Entre los *motivos que generan el intento de suicidio* relacionados por los sujetos en la red están la *tristeza*, *problemas* (económicos, familiares-de pareja, sociales), *soledad*, *rechazo social* y *desilusión*. Sumado a lo anterior, la representación social de suicidio que es guiada en los sujetos por el motivo que genera el intento de suicidio aunado a los juicios de valor; se acompaña de la *actitud* del sujeto ante el comportamiento suicida, en especial y de manera significativa una *actitud desadaptativa antes y después del intento de suicidio*; y en menor grado una *actitud adaptativa después del intento de suicidio*.

Discusión de resultados

Lo primero que llama la atención de los resultados fue la pobre muestra con la cual se contó para el desarrollo del estudio. Esto expresa, asociado a la necesidad de mejora de los sistemas de información que posee la entidad sanitaria en cuestión, el rótulo social que llevan las personas con historia de comportamiento suicida, pues un número importante de sujetos se negó a participar por temor a ser juzgados o inició el proceso desertando del mismo en encuentros posteriores. Por ello, lo encontrado en el presente estudio posee el sesgo de las características de la muestra participante.

Pasando entonces a la discusión de los resultados, en lo que respecta al apartado de comportamiento suicida, se observó que en todos los sujetos hay presencia de conductas parasuicidas, aunque no existen deseos, ideas o planes suicidas actuales.

Esto puede indicar posiblemente que el comportamiento suicida cambia pero sigue presente en las personas con historia de intento de suicidio. Lo anterior sugiere de manera preocupante la posible magnitud no vista del fenómeno del suicidio como si fuera la punta de un iceberg, pues aunque se ha encontrado una alta tasa de reincidencia en las personas que cometen historia de intento de suicidio, puede estarse obviando que en aquellas con historia de tentativa sin presencia de nuevos intentos, existe un cambio en el comportamiento que ge-

nera ausencia de ideas, planes y/o deseos suicidas explícitos; pero que da paso a presencia de conductas parasuicidas, lo cual cambia las características del problema sin controlarlo.

Anexo a lo anterior, todos los sujetos, siguiendo el orden de la descripción de resultados, mostraron presencia de cuatro de los cinco factores de riesgo propuestos por Blumenthal, incluyendo aquí la vulnerabilidad biológica detectada y la presencia de factores estresantes; así como ausencia o presencia ambivalente de los dos factores protectores. Esto respalda la teoría propuesta por Blumenthal, la cual explica desde esta perspectiva la presencia de comportamiento suicida en los sujetos estudiados por la pérdida de homeostasis entre los factores de riesgo (presentes en su mayoría) y factores protectores (ausentes en los sujetos).

Ahora, en lo que respecta a las funciones ejecutivas, contrario a lo esperado, en los sujetos no se encontraron fallas en el control inhibitorio. Este resultado va en contra de los postulados que muestran al intento de suicidio como una falla en el control de impulsos, aunque esto contrasta con la importante presencia de impulsividad encontrada en los sujetos por medio de los resultados de la escala de impulsividad funcional/disfuncional de Dickman.

Otro punto que llama la atención es el proceso de los sujetos en el test de Clasificación de Tarjetas Wisconsin, pues aunque no en todos se encontraron fallas en la flexibilidad mental, los resultados de los mismos sugieren inconvenientes en las estrategias utilizadas por el sujeto para la solución de problemas.

En cuanto a las representaciones sociales, las mismas evidencian al suicidio de manera implícita como una estrategia que tienen los sujetos para solucionar sus problemas; esto se demuestra en el núcleo de la representación, el cual está formado por el *motivo que genera el intento de suicidio*, acompañado de los *juicios de valor egodistónicos* del sujeto hacia sí mismo, el grupo social y hacia el comportamiento suicida.

Ahora bien, teniendo en cuenta que en apartados anteriores se mostró que hablar de funciones ejecutivas y representaciones sociales tenía un origen en común, a continuación se mostrará dicha relación observada en los resultados encontrados, haciendo referencia en particular a una de las pruebas utilizadas en la recolección de la información.

En el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin ninguno de los cuatro sujetos logró completar más de una categoría. Esto sugiere inconvenientes en las estrategias de solución de problemas usadas por los sujetos. Ahora bien, en los resultados de las representaciones sociales de suicidio, los sujetos mostraron al mismo como una salida a sus problemas, como una estrategia para solucionar circunstancias, verbigracia situaciones de rechazo social, problemas familiares o sentimientos negativos como soledad o tristeza.

Dichos resultados encontrados en las representaciones sociales de las personas con historia de intento de suicidio son coherentes con los resultados arrojados por el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin; pues aunque desde diferentes perspectivas, en las dos partes se observan estrategias de solución de problemas inadecuadas para las situaciones que se presentan al sujeto.

Esto, aunado a la ausencia de fallas en el control inhibitorio arrojado por el test de STROOP, sugiere la posibilidad de que en el proceso del comportamiento suicida, en particular en el proceso de una tentativa de suicidio, las fallas no consisten en un inadecuado control de impulsos, sino que las mismas pueden deberse a la posible presencia que posee el sujeto de estrategias inadecuadas para la solución de problemas, al parecer adquiridas por los procesos de socialización.

Bibliografía

Alcaldía Municipal y Secretaría de Salud Departamental. 1.^{er} Foro de Salud Mental, 30 de enero de 2009. *Alcaldía Municipal y Secretaría de Salud Departamental: Prevención del suicidio y manejo de los medios de comunicación*. Neiva, 2009.

Ardila, Alfredo y Ostrosky-Solís, Feggy . 2008. "Desarrollo Histórico de las Funciones Ejecutivas". *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 1-21.

Ardila, Alfredo y Roselli, Mónica. 2007. *Neuropsicología Clínica*. México: Manual Moderno.

Blumenthal, Susan J. 1990. "Risk factors and life-span development". En *Suicide over the life cycle. Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*, de Susan J. Blumenthal y David J. Kupfer, 1-16. Madrid: American Psychiatric Press.

Bobes-García, Julio, Portilla, María Paz G., Bascarán-Fernández, María Teresa, Sáiz Martínez, Pilar Alejandra, y Manuel Bousoño-García. 2003. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 3.^{ra} edición*. Buenos Aires: Ars Médica.

Borgucci, Emmanuel. 2005. "Las Representaciones Sociales y el Realismo". *Opción*, 158-178.

Botero-Salazar, Lorena Alexandra, y Tovar-Chala, Nataly. 2007. *Perfil Psicológico de las personas que han realizado intento de suicidio en trece municipios del departamento del Huila, durante los años 2003 y 2004*. Tesis de Pregrado, Neiva: Surcolombiana.

Campo, Gerardo y otros. 2003. "Intento de Suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali". *Colombia Médica*, 9-16.

Casilimas, Carlos A. Sandoval. 2002. *Investigación cualitativa*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.

Castorina, José Antonio (compilador). 2003. *Representaciones sociales: Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Madrid: Gedisa.

Colimón, Nancy, Téllez-Vargas, Jorge y Cástulo Cisneros. 2006. "Neurobiología del suicidio". *Revista suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención*, 42-61.

Colucci, Erminia. 2006. "The cultural facet of suicidal behaviour: Its importance and neglect". *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 1-13.

Dominguez-Rubio, Fernando. 2001. "Teoría de las Representaciones sociales: Apuntes". *Nómadas, Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 495-506.

Golden, Charles J. 2001. *Stroop test de colores y palabras*. Madrid: TEA Ediciones S.A.

Heaton, Robert K., Gordon J. Chelune, Jack L. Talley, Gary G. Kay, y Glenn Curtiss. 2001. *Manual test de clasificación de tarjetas de Wisconsin*. Madrid: TEA ediciones.

Juárez Rojop, IE, Blé Castillo, JL, Villar Soto, M, Jiménez Santos, MA, Ramón Frías, T, Juárez-Oropeza, MA, Díaz Zagoya, JC. 2005. "Depression and suicide risk:

Possible biochemical indicators in psychiatric patients that attempted suicide from Southeast of Mexico". *Universidad y Ciencia*, 1-9.

Keilp, John G., Sackeim, Harold A., Brodsky, Beth S., Oquendo, María A., Malone, J. Kevin M., Mann, John. 2001. "Neuropsychological Dysfunction in Depressed Suicide Attempters". *American Psychiatric Association*, 735-741.

León-Carrión, J., y J. M. Barroso. 2001. "La Torre de Hanoi/Sevilla: una prueba para evaluar las funciones ejecutivas, la capacidad para resolver problemas y los recursos cognitivos". *Revista Española de Neuropsicología*, 63-72.

Luria, Alexander Romanovich. 1974. *El cerebro en acción*. Barcelona: Editorial Fontanella.

Mann, J. John. *New York State Office of Mental Health*. 11 de agosto de 2005. <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/savinglives/volume2/neurobiological.html> (último acceso: 23 de febrero de 2009).

Marzuk, P. M., Hartwell, N., León, A. C., y Portera, I. 2005. "Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 294-301.

Ministerio de la Protección Social. *Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003*. Bogotá, 2003.

Mora, Martín. 2002. "La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici". *Atenea Digital*, 1-25.

Morales, José Castro. 2001. "Intentos de Suicidio Atendidos en el Hospital Psiquiátrico de Villahermosa". *Revista Salud en Tabasco*, 363-365.

Oquendo, Ma., H. Galfalvy, S. Russo, S. Ellis, J.J. Mann, y otros. 2004. "Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder". *American Journal of Psychiatry*, 1433-1441.

Organización Mundial de la Salud. "Estadísticas de Salud de las Américas 2006". 2006. <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/HSA2006.htm> (último acceso: 2009).

Ortiz-Perdomo, Rosa Liliana, y Mayoral-Ramírez, Edwin. 2002. *Características de los suicidas en la ciudad de Neiva: análisis de 11 casos a través de la autopsia psicológica*, 2001. Tesis de Pregrado, Neiva: Surcolombiana.

Paredes, Castro, Oswaldo R. Orbegos, y Paul T. Rosales. 2006. "Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital General de Lima". *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 293-296.

Pfeuti, Sandra. 1996. "Représentations sociales: quelques aspects théoriques et méthodologiques". *Vous avez dit, pédagogie*.

Reynosos-Eraza, Leonardo, e Isaac Seligson-Nisenbaum. 2005. *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rosa, Annamaria Silvana De. 1996. "Le 'réseau d'associations' comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales: structure, contenus et polarité du champ sémantique". *Les chiers internationaux de psychologie sociale*, 97-123.

Rubio, Fernando Domínguez. 2001. "Teoría de las Representaciones sociales: Apuntes". *Nómadas, Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 495-506.

Sandoval-Casilimas, Carlos A. 2002. *Investigación cualitativa*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.

Secretaría de Salud Departamental. *Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en el departamento del Huila*. Neiva, 2007.

Téllez-Vargas, J. 2006. Impulsividad y suicidio. *Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención*, 62-80.

Umaña, Araya. 2002. *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: Leonardo Villegas.

Vygotsky, Lev Semiónovich. 1964. *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires: Lautaro.

World Federation for Mental Health. *Sensibilizar y reducir riesgos: la enfermedad mental y el suicidio. Día mundial de la Salud Mental*. Baltimore (EEUU): OPS, 2006.